

# 健康診断書

フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
健康 の 状 況	視力	右	( )
		左	( )
	聴力	右	
		左	
	胸部X線検査		
	その他の疾病 及び疾患		
医師所見			
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。			
年 月 日			
所在地			
医療機関名			
医師名			印

◎ 最近3ヶ月以内に証明を受けたものであること。